Lopes, C. T.

THESE INAUGURAL

DE

Carlos Teixeira Lopes

1910

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1910

PARA SER DEFENDIDA

POR

Carlos Teixeira Lopes

Auxiliar da clinica cirurgica do Dr. Alfredo Costa em Pernambuco

NATURAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

(Filho legitimo de Adolpho Teixeira Lopes (fallecido) e D. Maria da Conceição Teixeira Lopes

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Considerações sobre a Talha Hypogastrica

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

Typ. do Salvador—Cathedral

1910

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. AUGUSTO C. VIANNA
Vice-Director—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

LENTES CATHEDRATICOS

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
1.ª SECÇÃO	
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
2.ª	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia normal.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas.
3.ª	
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
4.ª	
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
5.ª	
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica 2.ª cadeira.
6.ª	
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
João Americo Garcez Froes	Clinica Propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica Medica 1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica 2.ª cadeira
7.ª	
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e arte de Formular
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica Medica.
8.ª	
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
9.ª	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
10.ª	
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
11.ª	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
12.ª	
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

LENTES SUBSTITUTOS

OS DOUTORES

José Affonso de Carvalho	1.ª	Pedro da Luz Carrascosa e	
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª	J. J. de Calasans	7.ª
Julio Sergio Palma	«	J. Adeodato de Souza	8.ª
Pedro Luiz Celestino	3.ª	Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª
Oscar Freire de Carvalho	4.ª	Clodoaldo de Andrade	10.
Caio O. F. de Moura	5.ª	Albino Leitão	11.
Clementino da Rocha Fraga	6.ª	Mario Leal	12.

Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Considerações sobre a Talha Hypogastrica

CAPITULO I

Definição

TALHA hypogastrica é a operação que consiste em penetrar na bexiga, por uma incisão na parede abdominal, acima do pubis e na parede anterior da bexiga.

Synonymia

Consultando diversos autores comprova-se que a talha hypogastrica ainda é conhecida por diversos nomes, e, d'entre elles podem-se destacar os seguintes: *lithotomia hypogastrica*, *cystotomia supra-pubiana*, *epycistotomia*, *laparo-cystotomia*, *alto apparelho*, *secção alta* (sectio alta dos Allemães), *talha alta de Franco.*

Figuram, como nomes mais conhecidos, a talha hypogastrica e a cystotomia supra-pubiana.

Historico

Não seremos minunciosos neste capitulo de nossa these, apenas apresentaremos um rapido esboço dos mais notaveis cirurgiões, isto é, daquelles que, com

suas luzes, mais concorreram para o estudo das operações que servem de base ao nosso intento.

Data de mais afastada antiguidade o conhecimento da talha hypogastrica.

Já *Hypocrates* a conhecia, pois, em suas dissertações, aconselhava a seus discipulos que não a praticassem.

Sem nos referirmos a seus successores, é indiscutivel que occupa logar saliente, neste terreno, o notavel cirurgião *Pierre Franco*, que foi o verdadeiro iniciador da operação de talha hypogastrica, em 1560.

Cabe a *Franco*, cirurgião de Orange essa gloria muito embora queiram dar a primazia a *Phylagrius*, medico de Thesalonica, e a mais alguns outros, como *Arctigne*, *Gernair*, etc. Cirurgiões notaveis chegam a dizer que, fallando-se em talha, é o mesmo que fallar em *Franco*.

Em todo o caso, elle ignorava tal processo operatorio, e conhecia o do pequeno ou grande apparelho.

Franco fez-se conhecedor desse processo importante, da seguinte maneira: em 1560, lhe foi apresentada uma criança de dous annos de idade, com um calculo do volume de um ovo de gallinha. De-

balde procurando extrahil-o pelo seu antigo methodo perineal, vem-lhe á idéa então da abertura vesical pela região hypogastrica, e, por essa abertura, muito timidamente, consegue exito completo.

Verdade é que a creança curou-se, mas o grande *Franco*, sempre prudente, julgava que ainda sobreviessem consequencias funestas; pesava sempre a sua audacia; consultava a sua consciencia e aconselhava que desistissem deste intento por elle iniciado, isto é, que não a praticassem, limitando aos antigos processos de divisão dos calculos.

Embora procurasse por todos os meios obumbrar a sua grandiosa idéa, ella tendia a progredir, com a maxima intensidade, tendo-se a notar, porém, que, no decorrer de quatro lustros, se conservou em silencio.

Não tardou que um espirito superior surgisse para fazer progredir o processo abandonado por *Pierre Franco*.

Foi *Rousset* que, em 1581, procurou descrever da melhor maneira essa operação, apresentando um processo no qual determinava o modo de distender a bexiga, para separar o peritoneo do collo da mesma,

julgando tambem conveniente uma pequena incisão e uma sonda de demora na urethra.

Infelizmente *Rousset* nunca executou o seu processo, porém, independente disso, é considerado magnifico, e ainda hoje mostra os seus effeitos, soffrendo algumas modificações, que os progressos incessantes da cirurgia moderna exigem.

Já que se trata de progresso, faz-se mistér render algumas homenagens ao vulto eminente de *Pasteur*, porque foi elle que nos afastou das trevas, com a descoberta da antisepcia, e que occupa logar saliente, principalmente no assumpto de que trata esta these·

Digamos agora alguma cousa sobre o desenvolvimento da talha hypogastrica, no decorrer do seculo XVII.

Antes de tudo, é preciso declarar que, neste seculo, ella pouco ha progredido.

Foram os *Collots*, isto é, pae e filho, que, na França, preconizaram o processo de talha perineal pelo grande apparelho, processo esse idealizado por *Marianus Sanctus*, e bem acolhido pelos *Collots*, que durante mais de um seculo e meio, só praticavam o methodo da talha mediana. Cita-se até o caso de um dos membros desta familia, chamado a Paris, em 1556,

por Henrique II que o fez cirurgião de sua casa, e creou, para aquelle um logar de lithotomista no Hotel Dieu.

Eram elles, portanto, adversarios da cystotomia supra-pubiana.

O methodo de *Marianus Sanctus* realizava-se do seguinte modo: consistia essencialmente em uma incisão mediana, praticada á direita ou á esquerda do raphe, começando adiante do anus e se estendendo até a symphese pubiana, caminhando para a profundidade sobre um conductor cannelado, que era considerado o guia, graças ao qual a secção da urethra e da bexiga era feita com alguma segurança,— e terminava pela introducção de uma série de instrumentos destinados a dilatar e extrahir o calculo.

Este ultimo tempo era o ponto mais defeituoso do methodo; limitava-se a uma dilatação brutal, cega, produzindo dilacerações profundas e extensas, seguida de uma extracção laboriosa e capaz de occasionar as mais serias complicações. O numero e variedade dos instrumentos necessarios para executar a operação fez-lhe adoptar o nome de grande apparelho. Esse methodo foi recommendado por *Pierre Franco* e descripto por *Ambroise Paré.*

Franco chegou a inventar um lilhotomo occulto, analogo ao que desejava apresentar *Frei Cosme* duzentos annos mais tarde, o qual se encontra na historia da talha lateral.

Apezar da horrivel contenda que se espalhara por grande parte da França, e que versava sobre o desmerecimento da cystotomia supra pubiana, destacava-se um grupo que a defendia, notando-se, d'entre elles, vultos de alguma importancia, como *Riolan*, *Foulet* e alguns outros.

Era, na verdade, pequeno o numero de cirurgiões que executavam a talha hypogastrica, e, assim mesmo, aquelles que não praticavam esse processo operatorio, temendo algum perigo, occupavam-se pelo menos em fazer divagações sobre o assumpto.

Em 1697, *Jacques Baulot* ou de *Baulieu*, mais conhecido sob o nome de *Frei Jacques*, (só tendo de frade o nome, como diziam), chega a Paris, com numerosas recommendações, levando por bagagem scientifica a lembrança das operações que tinha visto praticar durante cinco a seis annos, por um charlatão de nome Pauloni, o qual corria as povoações, fazendo a operação de talha. Ignorando, por completo, a anatomia, porem bom conhecedor empirico

dessas operações,—arrastou o espirito de *Mery* a classifical-o cirurgião de escól, chegando mesmo a dizer que era difficil achar um operador tão audaz.

Elle foi submettido a julgamento dos medicos e cirurgiões do *Hotel Dieu*, e, depois de uma prova brilhante executada sobre o cadaver, *Mery* entrega-lhe um diploma muito favoravel, devido á sua capacidade.

Essa gloria, de certo, não poderia durar muito; alguns dias depois, em uma operação praticada no cadaver de um rapaz, *Frei Jacques* põe a bexiga em uma laceração horrivel, e, no de uma mulher, abre-lhe a vagina, de parte a parte.

Mery retirou immediatamente todos os elogios, e declarou a operação de *Frei Jacques* mais grave que a talha, pelo grande apparelho.

Depois o proprio *Jacques*, foi encarregado de operar no *Hotel Dieu* e na *Caridade*. Os resultados foram deploraveis: entre 60 doentes, 23 morreram, 13 somente curaram-se; os outros 24 ficaram nos hospitaes, uns com fistulas, outros com incontinencia de urina, e todos em um estado de extenuação e marasmo.

Mery, sem demontração condemna o methodo, e *Frei Jacques* deixa Paris para voltar em 1700.

Nessa epocha, elle aperfeiçoa seu processo, adopta o catheterismo cannelado, aconselhado por *Mery* ; faz numerosas dissecções, depois das opiniões de *Felix*, *Fagon* e *Deverney*;—e, em 1701, opera em Versailles 38 calculosos, com os melhores resultados.

A operação de *Frei Jacques* trazia um grande aperfeiçoamento para a talha; a incisão lateral, comprehendendo a porção membranosa da urethra, o collo da bexiga, a parte adjacente do corpo deste orgão, dividido o mesmo golpe com a prostata, dava uma abertura correspondendo ao maior afastamento do estreito superior da bacia.

Em 1702, *Jacques* publicou seu methodo, porem de uma maneira tão pouco precisa, que nenhuma indicação clara podia ser tirada; e, em 1703, volta á Paris, passa por diversos dissabores, dirigindo-se depois para a Hollanda, onde tira alguma recompensa de sua ardua missão. No decorrer deste seculo, a óperação da talha hypogastrica foi praticada por *Pietre*, *Bonnet* e *Probie*. Este ultimo executou a operação da talha em uma moça, quando chamado

para extrahir um corpo estranho da bexiga. *Tranchou*, embora a invenção de seu instrumento—o cystotomo suspensor para incisar a bexiga, annos depois propõe um methodo de drenagem especial, e procura, a cada passo, mostrar os seus illimitados esforços, porque, como sabemos, foi elle um dos grandes defensores d'esse processo operatorio.

Como seu successor, apparece *Rigal*, espirito investigador, adoptando a canula de *Amussat* como um meio prophylatico da infiltração urinosa; a todos é mister louvar-se, porque cada um contribue, com a sua parte, para o desenvolvimento da cirurgia.

Volvamos agora as vistas sobre o seculo XVIII, epocha em que foi a talha hypogastrica mais praticada.

Apresenta-se, em primeiro logar, *Dionis*, um dos grandes propugnadores que mostrou claramente a vantagem de se intervir pela região hypogastrica, sem interessar o peritoneo.

Ao mesmo tempo que, na França, essa opinião sobresahia,—na Inglaterra os vultos mais eminentes elevavam o seu valor, debaixo de todo ponto de vista; destacando-se, como personagens illustres,

Grænvel, que operou em 1710, e, em seguida, *Jacques Douglas* e seu irmão *JeanDouglas.*

Em 1722, *Cheselden*, cirurgião do Hospital de S. Thomaz, em Londres, praticou com successos admiraveis a operação da talha hypogastrica. No decorrer de tres annos via-se por uma estatistica apresentada entre 31 operados, que, apenas, 5 morreram; as victorias se succediam e a cystotomia supra-pubiana ganhava preconisação e, para attingir esse unico ideal, os partidarios de *Franco* não cessavam de pratical-a, como um processo geral.

De 1728 a 1730, dous annos, portanto, ella decahiu um pouco para dar logar á talha lateral.

Passou-se algum tempo quasi de todo esquecida, até que reapparece sustentada por *Basseilhac* (mais conhecido por *Frei Cosme)*, que creou o seu processo operatorio.

As suas primeiras operações foram praticadas em mulheres e depois em homens.

Morto *Frei Cosme*, deixou uma estatistica de 100 pessoas por elle operadas, e, pelo optimo resultado, deduz-se como foi grandiosa a idéa de *Pierre Franco.*

Em 1796, *Deschamps* abraça as opiniões de *Frei Cosme*, e procura substituir a puncção urethral pela

puncção rectal, assim como a canula peritoneal pela canula rectal.

Alem disso, elle consegue fazer algumas modificações, e suprime a injecção da bexiga, por ser muito dolorosa, accrescentando ao processo operatorio uma casa perineal, pela qual introduz uma sonda a dardo, que serve para punccinar a bexiga de dentro para fóra; essa sua invenção não deixou de encontrar desvantagens, e tanto assim, que *Belmas* e *Landouzy* procuraram modificar, introduzindo-a pela urethra; e, não obstante depende de muita pericia da parte dos cirurgiões.

Nos seculos XIX e XX, a talha hypogastrica attingiu o seu verdadeiro apogeu.

Dupuytren foi um dos seus incansaveis defensores, o qual praticou tal processo operatorio, regeitando a casa perineal de *Frei Cosme*.

Belmas e seu sogro *Souberbeille* abraçam, a mesma idéa do seu antecessor, e apresentam estatisticas admiraveis, que muito concorreram para mais uma vez, patentear as brilhantes vantagens da cystotomia supra-pubiana.

Diziam que a infiltração urinosa e a lesão do peritoneo eram accidentes muito communs da talha

hypogastrica; porém os trabalhos de *Flury* e de *Gunther* em Leipzig vieram cabalmente provar, mais uma vez, o contrario do que propalavam seus adversarios. Esses trabalhos não eram mais do que estatisticas, nos quaes revelavam que desde a origem da cystotomia supra-pubiana até o anno de 1851, o numero dos casos accidentaes fôra insignificante.

Existe ainda uma especie de cystotomia supra-pubiana, que foi denominada a *cystotomia em dous tempos*, figurando a principio, como seus adeptos, *Vidal de Cassis* e depois *Verniere*, em 1852, os quaes obtiveram resultados não satisfatorios.

Em 1858, *Valette* adopta o mesmo processo, fazendo-o passar por ligeiras modicações.

Todo interesse desse notavel cirurgião estava em proteger o peritoneo durante a operação, o que consegue, propondo que se introduza no recto um balão de caoutchouc destendido por uma injecção d'agua na temperatura de 37°, afim de auxiliar a saliencia da bexiga.

O processo de *Peterson* ainda hoje é acceito, com algumas modificações. Grande numero de cirurgiões só adopta a talha hypogastrica, para os casos

de calculos volumosos, dando preferencia a lithotricia, para os pequenos calculos.

Diante dos processos modernos da asepsia cirurgica e das modificações, por que tem passado a technica operatoria, somos obrigados a ser defensores intransigentes da cystotomia supra pubiana.

Relatando isso, queremos fallar das lavagens, dos curativos rigorosamente asepticos, e principalmente da drenagem de que o abalisado professor *Guyon* muito se occupa, nos seus trabalhos apresentados ao mundo scientifico.

No Brazil é a talha hypogastrica abraçada por todos os cirurgiões, sendo que em Pernambuco, foi ella praticada em 1880.

Dr. *Malaquias Gonçalves*, cirurgião de alta competencia, hoje fallecido, foi um dos que primeiro usou esse processo operatorio, colhendo sempre os melhores resultados.

Actualmente, os grandes cirurgiões pernambucanos Drs. *Arnobio Marques* e *Alfredo Costa* praticam a talha hypogastrica, no Hospital Pedro II, garantindo não ter havido um só accidente.

Nós e o Dr. *Alfredo Costa*, de quem tive o prazer de adquirir alguns conhecimentos, no decorrer de

alguns annos, praticamos, por diversas vezes a cystotomia supra pubiana sempre com o melhor exito.

No Rio de Janeiro, o Dr. *Catta Preta*, em 1866 praticou-a.

Presentemente todos os cirurgiões eminentes a praticam.

Em São Paulo, a talha têm a mesma generalisação

Dentre seus defensores, destacam-se os nomes illustres de *Arnaldo Vieira de Carvalho*, *Alves Lima*, *Delphino Cintra*, *Oliveira Fausto* e muitos outros, que a executam de preferencia.

Na Bahia, o professor *Pacheco Mendes* tem operado com resultados sempre satisfatorios.

Além de Pernambuco, Bahia, São Paulo e Rio, a cystotomia supra pubiana já é praticada em outros Estados da União.

CAPITULO II

No segundo capitulo da nossa these, estudaremos uma das partes mais importantes, que muito ha contribuido para os diversos tempos do processo operatorio.

Sem a anatomia regional, o cirurgião jamais poderá desempenhar o seu papel com a segurança e a calma precisa, que lhe são indispensaveis.

De certo, sem o seu conhecimento, irá, ás apalpadelas, e o proprio *bisturi* lhe vacillará na dextra.

A nossa região acha-se localisada abaixo da linha bi-illiaca ou super-illiaca, e entre as duas fossas illiacas direita e esquerda, tendo inferiormente, por limite, a borda superior do pubis.

Sua denominação de hypogastrica deriva-se das palavras grêgas, *hypo* que significa *por baixo*, e *gaster*, ventre.

Faremos um ligeiro estudo a respeito das diversas camadas, até chegarmos ao interior da bexiga.

Essas differentes camadas são superpostas, da seguinte maneira:

1.º *A pelle;*

2.º *O tecido cellular sub-cutaneo;*

3.º *Um plano aponevrotico;*

4.º *Uma camada muscular;*

5.º *O fascia transversalis;*

6.º *O tecido cellular prevesical;*

7.º *A bexiga e o fundo de sacco peritoneal;*

1.º PLANO — *Pelle.*

A pelle não nos apresenta grande importancia; é coberta de pellos, principalmente na parte inferior da região pubiana.

Distende-se muito facilmente, e, nos casos de prenhez, escite ou neoplasias, essa elasticidade torna-se ainda mais evidente.

Em caso de retenção de urina, a bexiga pode tornar-se tão proeminente, que distenda consideravelmente a região hypogastrica.

A pelle dessa região varia de côr, conforme as raças; e, no sexo feminino, durante a puberdade, ha uma certa mudança de coloração na parte mediana.

Nas multiparas, torna-se ainda mais patente, ven-

do-se, então, bem desenhada a linha parda da gravidez.

Cita-se um caso identico, observado no homem, caso, que não foi ainda observado entre nós.

Essa linha poderá muito bem servir de ponto de reparo para a incisão da pelle.

2.º PLANO—*Tecido cellular sub-cutaneo.*

O tecido cellular sub-cutaneo varia de espessura, conforme a constituição do individuo.

Sob o ponto de vista da situação da bexiga, elle pode tornal-a mais superficial ou profunda.

A sua espessura é variavel, attinge, de ordinario, dous centimetros, ou dous centimetros e meio, e até mais, como já se tem observado.

O tecido cellular sub-cutaneo é formado por duas laminas do *fascia superficialis*, separadas por uma camada de tecido adiposo, que occupa os intervallos deixados por séptos fibrosos.

A parte superficial d'esse tecido e atravessada por venulas e arteriolas, provenientes de vasos sub-cutaneos abdominaes. Essa pequena rede vascular não dará logar á hemorrhagia, devido ao seu diminuto calibre.

Os filetes nervosos existentes n'essa região, tambem nenhuma importancia apresentam.

Lateralmente, o *fascia superficialis* prolonga-se ás regiões limitrophes e á parte inferior, com a camada sub-cutanea das bolças.

Devido a resistencia opposta pelos septos fibrosos do *fascia superficialis*, deixam-se de effectuar as infiltrações urinosas, que se poderiam dar, devido ao derramamento de urina, após a incisão hypogastrica.

Immediatamente, abaixo do *fascia*, nota-se a presença de uma especie de ligamento amarellado, de forma rectangular, que termina ao nivel do pubis.

Essa especie de ligamento é constituido por fibras de tecido elastico, que descem convergindo para a linha mediana, até a raiz das bolças no homem.

As fibras medianas vão formar, com outras semelhantes, emanadas da parte mais elevada da symphyse, o ligamento suspensor do penis ou do clitoris.

Os cordões espermaticos no homem, ou as fibras do ligamento redondo na mulher, que se dirigem de baixo para cima e de dentro para fóra, acham-se

separados, ao nivel do bordo superior da symphyse, por uma distancia que, em média, é de cinco centimetros.

Quando se tenha de praticar a talha hypogastrica por incisão transversal, é mistér não affastar muito do bordo superior do pubis, sob pena de lesar o cordão espermatico no homem e o ligamento redondo na mulher.

3.º Plano — *Aponevrose abdominal.*

A aponevrose abdominal anterior acha-se situada abaixo do tecido cellular sub-cutaneo, e é revestida de uma delgada membrana cellulosa. Muda de coloração, á medida que se approxima das partes lateraes, ao passo que, na parte mediana, deixa-se bem perceber a linha branca que vae se tornando mais perceptivel ao approximar-se da região umbilical.

A aponevrose abdominal anterior, espessa e resistente, é formada por fibras obliquas que seguem a direcção do musculo grande obliquo, podendo ser considerada como tendão deste mesmo musculo.

Na linha mediana, as fibras decussam-se com as do lado oppôsto, concorrendo a formar a linha alva, juntamente com as aponevroses do pequeno obliquo e do transverso.

A aponevrose do grande obliquo acha se reforçada lateralmente pelas aponevroses communs a estes dous musculos. Nesta aponevrose nota-se a presença de orificios vasculares para os ramos da arteria e veia epigastrica, assim como filetes nervosos provenientes dos nervos lombo abdominaes.

A linha alva, tambem conhecida sob a denominação de linha branca resultante, como já vimos do entrelaçamentos das fibras dos tres musculos largos do abdomen, se estende desde o apendice xiphoide até o bordo superior da symphyse pubiana.

Ella não apresenta a mesma largura, em toda sua extensão.

Na sua extremidade esternal, é delgada, augmentando, á medida que se approxima do umbigo, para novamente se estreitar no resto do seu percurso.

Inferiormente, no ponto em que os dous musculos rectos estão mais approximados, não apresenta o mesmo aspecto.

Para diante, é estreitada, alargando-se para traz, tomando a forma de uma lamina triangular, que *Breschet* havia denominado *ligamento super-pubiano*, e conhecido actualmente pelo nome de *adminiculum lineæ albæ ou pé posterior da linha branca.*

4.° Plano— *Camada muscular.*

Logo abaixo da plano aponevrotico, depara-se-nos uma camada muscular, que é constituida pelos pyramidaes, e mais profundamente pelos grandes rectos do abdomen.

Os pyramidaes são geralmente em numero de dous; são musculos pequenos triangulares, situados de cada lado do septo mediano.

Elles se inserem inferiormente adiante do pubis, entre a symphyse e a espinha. A inserção é feita por curtas fibras tendinosas, e mede, para cada um dos pyramidaes, conforme os casos, dous a tres centimetros de largura, sobre tres a cinco millimetros de espessura.

Do pubis, o pyramidal se dirige para cima e para dentro, e, estreitando-se gradualmente, vem terminar por uma extremidade afilada, sobre a linha branca, em um ponto que dista igualmente da symphyse pubiana e do umbigo.

A inserção superior faz-se com o auxilio de uma serie de pequenas linguêtas tendinosas, que se destacam de seu bordo interno em toda extensão do terço superior, e se fixam, quasi immediatamente depois, sobre a face lateral da linha branca.

O pyramidal está contido na bainha do grande recto; sua face posterior repousa sobre esse musculo, do qual é separado por uma simples lamina fibrosa, muitissimo delgada.

A face anterior é, ao contrario, separada da pelle e do tecido cellular sub-cutaneo, por um plano fibroso muito resistente, que é o folheto anterior da bainha do musculo grande recto.

O pyramidal é um musculo rudimentar, podendo tambem não existir, ou apenas existir um, outras vezes dous á direita e um á esquerda, ou vice-versa, e finalmente, como affirma *Horner*, existirem dous, tres, quatro, de um só lado.

O grande recto do abdomen é um longo musculo situado de cada lado da linha alva, mais largo e mais delgado para cima do que para baixo. Toma inserção para baixo, sobre o bordo superior do pubis, em todo intervallo comprehendido entre a espinha e o angulo.

Essa inserção effectua-se por meio de um tendão achatado e quadrilatero, de dous a tres centimetros de largura, e de uma altura quasi identica, fixando-se exactamente no labio anterior do bordo superior do pubis, até muitas vezes, sobre sua face anterior quando o pyramidal não existe.

E' ordinariamente dividido em duas linguêtas, sendo a externa mais larga e mais importante que a interna.

Do bordo superior do tendão pubiano, as fibras constitutivas do musculo grande recto dirigem-se de baixo para cima; as internas verticalmente; as externas obliquamente um pouco para fora, formando, por seu conjuncto, um feixe achatado que se alarga gradualmente, á medida que se eleva. Chegando ao thorax, elle se divide em tres linguêtas terminaes, que vêm se fixar da seguinte maneira: a linguêta externa, a mais larga das tres,—sobre o bordo inferior da cartilagem costal da quinta costella; a linguêta media, sobre o bordo inferior da cartilagem da sexta: a linguêta interna, sobre o bordo inferior da cartilagem da setima costella, e sobre o ligamento costo-xiphoidiano, algumas vezes até sobre o mucro.

O musculo recto do abdomen é interrompido por intercessões aponevroticas, que guardam entre si espaços irregulares. São geralmente, em numero de tres ou quatro: *uma ao nivel do umbigo, duas acima, e uma abaixo.*

Os musculos rectos teem importante acções sobre a micção, a defecação, o vomito e o parto.

5.º Plano.—*Fascia transversalis.*

O *fascia transversalis* descripto pela primeira vez por *Cooper*, não é mais do que a aponevrose de invo-lucro profunda do musculo transverso, outr'ora cha-mada a aponevrose que cobre sua face profunda.

O *fascia transversalis* insere-se inferiormente, no pubis e na arcada crural; apresenta a mesma ex-tensão que o musculo transverso, porem differe muito de aspecto, seguindo os pontos em que se con-sidera; forte, delgado e simplesmente celluloso, na sua porção super-umbilical, elle se espessa, abaixo do umbigo e se reveste, na visinhança do pubis e da arcada crural, todos os caracteres anatomicos das aponevroses verdadeiras.

Para cima, o *fascia transversalis* prolonga-se até o diaphragma.

Dos lados, procede-se da mesma maneira, até o bordo posterior do transverso. Para dentro, vai até a linha mediana, e ahi se funde com o do lado opposto. Para baixo, limita o espaço angular formado pelo encontro da parede abdominal anterior, e da fossa illiaca interna.

O musculo recto anterior do abdomen postero-inferiormente, e a linha branca, n'esse mesmo

ponto, deixam de ser recobertos pelas aponevroses dos musculos largos, que a esse nivel fazem falta, sendo então revestidos pelo fascia transversalis.

Anatomistas ha que lhe negam a presença n'esse nivel.

Na sua porção inferior, o *fascia* não fórra exactamente a face posterior do musculo recto abdominal, porque se dirige para a borda posterior da symphyse, ao passo que o musculo se insere na borda anterior.

Origina-se então um espaço retro muscular invadido por tecido adiposo e conhecido com a denominação de *cavum supra pubicum de Lousser*.

6.º PLANO—*Tecido cellular prevesical.*

Antes de entrármos propriamente no estudo d'esse tecido, trataremos muito resumidamente do espaço pôr elle occupado e da aponevrose umbilico-pre-vesical.

O espaço prevesical, ainda chamado, sem razão *cavidade de Retzius*, é relativamente vasto; extende-se, com effeito, em sentido vertical, do soalho pelviano ao umbigo.

Limitado para diante pela parede abdomino-pubiana, é limitado para traz pelo folhêto fibroso, que

acompanha as arterias umbilicaes desde sua origem até ao umbigo.

O folhêto fibroso, de forma triangular, com vertice umbilical, tem sua base na porção anterior do soalho pelviano. Extende-se em sentido transversal, de uma arteria umbilical a outra, e em sentido vertical, do umbigo ao pelvis.

Segundo *Testut*, é a aponevrose umbilico-prevesical;—para *Charpy*, o folhêto prevesical;—*Farabeuf* e *Pierre Delbet* chamam-na umbilico-vesical ; — e, finalmente *Paul Delbet*, aponevrose allantoïdiana.

Limitado assim o espaço prevesical, está situado, em parte, no abdomen, e, em parte, na excavação pelviana.

O espaço prevesical é cheio pelo tecido prevesical, de natureza cellulo-gordurosa adherente á bexiga e ao peritoneo. Esse mesmo tecido cellulo-gorduroso liga-se ao tecido cellular sob-peritoneal das regiões visinhas e, principalmente, ao que se relaciona com a face profunda das regiões inguinaes e cruraes.

Isso explica a razão porque o tecido gorduroso prevesical pode introduzir-se em um trajecto herniario inguinal ou crural, e arrastar após um segmento

mais ou menos consideravel da bexiga, determinando uma cystocéle crural ou inguinal.

O tecido cellular prevesical não contem vasos importantes, a não ser e plexo venoso de Santorini.

7.° Plano—*Bexiga e o fundo de sacco peritoneal prevesical.*

Depois do tecido cellular prevesical, deparam-se-nos a bexiga e o peritoneo.

No homem, a bexiga está situada entre o pubis e o recto; na mulher, entre o pubis e o utero.

A bexiga é um reservatorio musculo membranoso, cuja funcção é recolher a urina por intermedio dos ureterios, e a conservar até o momento em que, a necessidade de urinar, fazendo-se sentir, se lhe contraiem as paredes dando logar a micção.

As relações da face anterior da bexiga variam, conforme o estado de vacuidade ou de plenitude do orgam.

Em estado de vacuidade, a bexiga não excede ordinariamente a borda superior do pubis, e, por conseguinte, acha-se completamente occulta para traz da parede da bacia.

Quando a bexiga se enche, principalmente por meio de injecções pela urethra, seu augmento faz-se,

sobretudo, á custa de suas paredes posteriores e lateraes.

A parede anterior amplia-se tambem, porem, em proporções muito menores. Em taes condições, a bexiga sóbe além do pubis, recalcando para cima o peritoneo, e vem collocar-se em relação com a parte inferior da parede abdominal anterior.

O fundo de sacco prevesical, cuja profundidade varia conforme o grau de distenção da bexiga, vem interpor-se entra a face anterior da mesma e a parede abdominal; essa disposição merece certa importancia, quando o cirurgião pratica a talha hypogastrica.

A relação do peritoneo com a bexiga, constitue a parte em que os grandes anatomistas divergem de opiniões.

Sappey diz: «O peritoneo desce á face anterior da bexiga, abaixando o uraco contra ella, e desce tanto mais baixo, quanto a dilatação torna-se mais consideravel».

Tillaux assim se exprime: «Não, o peritoneo não desce, porque, ao contrario, elle subiria».

Sappey condemna a talha de *Franco* e a puncção hypogastrica. Em summa, a lesão do peritoneo, na talha hypogastrica, é hoje muito rara.

A vacuidade ou plenitude da bexiga influe tambem, na sua conformação exterior. A bexiga vasia e em systole tem uma forma espherica; vasia e em diastole é achatada e deprimida pelas alças intestinaes, que repousam em sua face postero-superior. A bexiga cheia é globulosa; é um ovoide com grossa extremidade inferior, com pequena extremidade superior.

Em estado normal, a capacidade da bexiga é de 250 grammas de liquido, entre o homem, e um pouco mais, entre a mulher.

As affecções da bexiga modificam mais ou menos esta capacidade physiologica. Podemos, neste ponto de vista, distinguir dous typos de bexiga pathologica: um typo de bexiga *com capacidade reduzida*, e um typo de bexiga *com capacidade augmentada.*

O primeiro observa-se entre os doentes atacados de cystites, e em particular de cystite do collo; nesse caso, a bexiga apenas contem algumas grammas e até algumas gottas de urina. O segundo typo, o de bexiga de grande capacidade, observa-se nas affecções que põem obstaculo à expulsão da urina e acarretam-lhe retenção, como no estreitamento da urethra ou hypertrophia da prostata. A be-

xiga pode então adquirir dimensões consideraveis, e occupar todo abdomen. Pode ella, em semelhante caso, lembrar um tumor abdominal, que a experiencia aconselha, examinar, não perdendo de vista a bexiga do doente portador de um tumor no segmento sob-umbilical do abdomen.

As arterias são sempre muito uumerosas, delgadas, e, quando seccionadas dão pouco sangue.

As veias tambem, em grande numero , offerecem mais importancia que as arterias; acham-se situadas quasi na linha mediana, motivo pelo qual quasi sempre são cortadas, quando se pratica a incisão. D'ellas, talvez, resulte uma grande hemorrhagia, nas operações de talha hypogastrica.

Deve-se a *Gillette* o mais aperfeiçoado estudo sobre o assumpto.

De ordinario, nas mulheres, por causa do desenvolvimento do tecido cellular, a bexiga é mais profundamente situada.

CAPITULO III

Os cirurgiões antigos muito se occuparam da talha hypogastrica, motivo pelo qual iremos summariamente descrever alguns dos seus processos, antes de attingirmos os actuaes, onde pode-se observar que esta operação já alcançou seu auge, especialmente devido aos esforços do eminente professor *Albaran.*

* * *

PROCESSO DE ROUSSET

Rousset, no anno de 1580 a 1581, após longos estudos apresentados ao mundo scientifico, dá por descoberto um processo, que é hoje conhecido pelo seu nome.

O seu primeiro cuidado consistiu em collocar o doente em decubitos dorsal, e levantar a bacia para desviar os intestinos do reservatorio urinario; depois, aconselhava a distenção deste orgam, com o fim de afastal-o do peritoneo, e em seguida a incisão do abdomen após a da bexiga. Retirava o calculo con-

servando o doente em posição de tornar-se facil a reunião das bordas da ferida.

Com o auxilio de uma sonda fazia injectar na bexiga agua de cevada, procurando por este meio distendel-a.

Dando-se o caso de serem dolorosas estas injecções, era mistér ligar-se então a urethra, um ou dous dias antes da operação, administrando ao paciente bebidas diureticas com o fim de distender a bexiga.

Rousset, aconselhava que se fizesse a incisão abdominal sobre a linha mediana, tendo de extensão tres a quatro dedos transversos, entre os musculos rectos e pyramidaes, attingindo a bexiga. Chegando-se a este orgam, o cirurgião tinha que introduzir a ponta de um bisturi um pouco acima do pubis fazendo uma abertura, afim de dar sahida ao liquido n'elle contido

Com um bisturi lenticular, augmentava a abertura de baixo para cima, tendo-se em mira proteger sempre o peritoneo.

Para a extração da pedra era preciso introduzir no recto ou na vagina, conforme o sexo, um dedo da mão esquerda, procurando assim, impellil-a para

o hypogastrico, e retiral-a com as *tenettes*, (*) ou mesmo com os dous dedos da outra mão.

Com o fim de dar sahida a urina, sangue ou mesmo ao puz, podia-se collocar uma sonda urethral.

A posição do doente tinha muita importancia quanto a união da ferida, motivo pelo qual Rousset chamava attenção para o decubito dorsal, e a approximação das pernas.

Rousset nunca teve a felicidade de executar o seu processo, que muitos annos depois, alguns cirurgiões arrojados, o puzeram em pratica.

* * *

PROCESSO DE BAUDENS

O ponto capital d'este methodo, está na ausencia de injecção de liquido na bexiga.

A incisão da parede abdominal é feita entre a linha branca e a borda interna do musculo recto.

Leva o dedo indicador da mão esquerda para traz da symphyse, e attingindo um pouco o collo vesical, faz-se ligeira flexão para cima impellindo d'esta maneira o peritoneo.

Depois, guardando a mesma distancia do peritoneo

(*) Pinças especiaes para extracção de calculos vesicaes.

e do collo vesical, introduzia-se a ponta de um bisturi obliquamente dirigido para baixo, incisando emfim a bexiga.

Para fazer a extração do calculo, *Baudens* levava o dedo que tinha afastado o peritoneo ao interior da bexiga, e sobre elle deixava passar as *tenette* que iam segurar e extrahir o dito calculo.

***

PROCESSO DE FREI COSME

Era muitissimo complicado o instrumental que aconselhava *Frei Cosme.*

Desprezava a injecção da bexiga, e iniciava a operação, incisando a porção membranosa da urethra sobre o sulco de um catheter que antes devia ter sido introduzido até o reservatorio urinario.

Com o auxilio de uma tentacanula, deixava passar uma sonda a dardo que ahi se conservava confiado a um ajudante.

Em seguida, o operador com um bisturi, fazia uma incisão de 9 centimetros na região hypogastrica ao nivel da linha alva, sem attingir a bexiga.

Com o auxilio da mão direita, introduzia um trocater bisturi sobre a symphyse pubiana, o qual tinha

a propriedade de punccionar e ao mesmo tempo de incisar a mesma linha.

Completava a incisão por meio de um bisturi abotoado.

Por intermedio do indicador esquerdo que era levado ao fundo da ferida protegia o peritoneo, e encaminhava o bico da sonda a dardo com a mão direita na face interna do pubis. A parte terminal da sonda fazia pouco a pouco a bexiga tornar-se proeminente no fundo da ferida.

Depois, competia ao auxiliar comprimir o botão, atravessando o dardo a parede vesical.

No sulco deixado pelo dardo, *Frei Cosme* fazia uso de um bisturi curvo, que tinha por fim, augmentar de cima para baixo a incisão vesical, por onde introduzia o indicador esquerdo, para conservar a bexiga aberta, trazendo-a ligeiramente para cima. Chegava a occasião então de retirar a sonda a dardo, e se a abertura da bexiga fosse insignificante, augmentava-a com um bisturi de lamina occulta, que elle denominava *bisturi gastrico*.

Retirado o dedo indicador, substituia por um colchête suspensor, e emfim extrahia o calculo com o auxilio das *tenettes*.

Na botoeira perineal se adaptava uma sonda recta que servia para o escoamento da urina; e na ferida hypogastica deitava-se uma tira de panno de pequena extensão, que favorecia a sahida do sangue e da urina. Esta tira podia permanecer pouco tempo, tanto assim, que era retirada, dias depois da operação.

Na opinião de alguns cirurgiões o processo de Frei Cosme não se assemelhava bem a uma talha hypogastrica, e sim, a uma lithotomia perineo–hypogastrica.

* * *

PROCESSO DE VIDAL (de Cassis)

Vidal, era de opinião que se praticasse a talha hypogastrica por meio de causticos, idéa esta que partiu da mais remota antiguidade.

O primeiro tempo, consistia na abertura da parede abdominal até a proximidade da bexiga, depois, intervinha sobre a parede vesical, incisando-a, fazendo emfim, a extração do calculo.

Este processo posto em pratica pelo professor *Almeida Lisboa*, deu o resultado seguinte: em 23 operados, 7 mortes.

* * *

PROCESSO DE VALLETE (de Lion)

Este auctor incisava a parede abdominal e o tecido cellular; em seguida passava por intermedio da sonda a dardo, uma alça dupla, que tinha por fim manter no fundo da ferida pedaços de pasta de Canquoin. (*)

Passados alguns dias, epocha em que effectuava-se a inflammação e a escharificação da ferida, ésta era aberta. Desta maneira consegiu *Valette* tirar algum proveito com o seu processo, embora annos depois elle proprio o desprezasse.

Entre quatro doentes por elle operados, tres curaram-se sem complicações, e o quarto morreu de uma affecção estranha a operação.

Amussat, chegou a fazer a talha hypogastrica com o galvano cauterio, e *Th Anger* no congresso de Londres recommendava o emprego do thermo-cauterio.

Antes d'isso elle fazia uso de um instrumento de sua invenção muitissimo complicado, que tornava-se condemnado pela difficuldade de seu manêjo.

(*) Chlorureto de zinco farinha de trigo, e agua.

* * *

PROCESSO DE PETERSON

De 1880 datam os relevantes trabalhos d'este notavel cirurgião.

O seu primeiro cuidado estava na desinfecção da bexiga, e na sua dilatação.

Peterson dias antes da operação fazia injecções antisepticas na temperatura normal; preferia as soluções de acido phenico ou de acido salicylico.

Aconselhava as grandes injecções, devendo-se injectar tanto liquido quanto o doente supportasse, e em seguida o esvasiamento do recto com auxilio de clysteres.

Com um catheter metallico tendo na sua extremidade uma sonda de gomma levava o liquido a cavidade vesical, e depois passava um cordão ao redor do penis para impedir que a injecção sahisse por entre a urethra e a parede externa do catheter.

Após este pequeno trabalho, introduzia um balão no recto enchendo-o d'agua pouco a pouco, até que a bexiga fizesse uma regular saliencia acima da symphyse.

Era de 400 a 600 centimetros cubicos a quan-

tidade de liquido que *Peterson* injectava n'este reservatorio.

Feito isto, tratava de traçar a incisão da pelle, que era praticada exactamente na linha media.

Entre os musculos pyramidaes, sobre a linha branca, dava uma incisão de quatro a cinco centimetros. A porpoção que ia seccionando os pequenos vasos proprios da região, o operador procurava ligal-os muito cuidadosamente.

Com auxilio de dous colchêtes, conseguia fixar a parede da bexiga, e ia incisando camada por camada.

Deparando com a superficie externa da mucosa dava uma incisão que interessava este tecido; depois, por meio de afastadores adaptados na cavidade vesical, separava os labios da ferida. A extração do calculo era feita por intermedio dos dedos.

Chegando a este ponto, examinava cuidadosamente a bexiga, e fazia a sutura da parede vesical por meio de pontos separados, sem comprehender a mucosa.

Terminada esta sutura, *Peterson* fazia algumas experiencias por meio de injecções na bexiga com o fim de vêr se esta supportava uma pressão conveniente, sem deixar filtar o liquido; depois então,

era que elle praticava a sutura da parede abdominal.

Para o escoamento das secreções, collocava um tubo de drenagem no angulo inferior da ferida.

O auctor preferia o curativo de *Lister*, extendendo-se a todo ventre e terço superior das coxas.

Este processo ainda hoje é adoptado, soffrendo ligeiras modificações, como já foi dito no primeiro capitulo d'esta these.

***

PROCESSO DE GUYON

O eminente professor *Guyon*, manda em primeiro logar injectar 300 grammas de uma solução de acido borico por meio de uma sonda munida de torneira. Esta sonda que permanece durante quasi todo tempo da operação, tem ahi dous fins: primeiro, impedir a sahida do liquido injectado, segundo, indicar no decorrer da operação, a presença da parede anterior da bexiga. Em seguida faz a antisepcia do recto para introduzir o balão rectal, agindo-se com a injecção de 400 grammas de uma solução borica.

Sobre a linha media pratica uma incisão de cinco centimetros, partindo do pubis em procura do

umbigo; incisão esta que interessa a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo e com algum cuidado a aponevrose da linha branca. Com auxilio da sonda cannelada incisa-se o fascia transversalis, e passa-se depois a hemostase, que deve ser rigorosa, tendo para isto o cirurgião pinças sobreselentes. O peritoneo é poupado tanto quanto for possivel, e dando-se o caso de ser lesado sutura-se immediatamente.

Chegando-se a este ponto depara-se com a bexiga, a qual *Guyon* puncciona por meio dos signaes obtidos pela sonda metallica, ahi previamente mantida.

Feito isto, o liquido é expellido, e a incisão é prolongada em direcção ao pubis. Depois, com uma agulha munida de um grosso fio, procura-se elevar as paredes da bexiga tornándo-se assim mais visivel; em seguida retira a sonda para melhor examinar a situação do calculo. Este exame deve ser feito com o index, e o corpo estranho extrahido pelos *tenettes* guiados pelos dedos.

Se, ao contrario, tratar-se de uma neoplasia, ou qualquer outra entidade morbida, o exame torna se perfeito por meio da *lampada electrica de Aubey*, ou

então por intermedio dos diversos cystoscopios, como o de *Nitze* o de *Kütner*, muito usados actualmente num dos grandes hospitaes de Pariz, pelo abalisado urolugista Dr. *Cathelin*, no serviço de clinica cirurgica do velho professor *Guyon*.

Diante desses casos, o tratamento exige prudencia, para não se dar a ruptura da mucosa, trazendo como consequencia a hemorrhagia fatal como observou *Dolbeau* em sua clinica.

A lavagem da bexiga é feita pela ferida com uma solução de acido borico a 4 °[o.

Quanto ao curativo da talha hypogastrica, *Guyon* approximou-se muito bem de tudo que exige a cirurgia moderna. Tendo em mira uma asepcia rigorosa, elle tudo consegue por sua longa pratica.

Referindo-se a drenagem, despreza a sutura completa da bexiga, para dar preferencia a adaptação de dous tubos que devem ser collocados no angulo inferior da ferida. Mais tarde, esses tubos foram modicados, mandando o professor *Guyon* fabrical-os com curvatura fixa, ligados em suas extremidades em uma extensão de 10 a 12 millimetros.

Feita a sutura vesical, passa-se a sutura dos

musculos rectos entre si, e não da linha alva, evitando desta forma uma futura eventração.

A sutura da parede abdominal comprehende a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo, e a aponevrose dos grandes rectos.

Guyon despreza a sutura em massa, e mostra seus inconvenientes, como se vê em sua obra sobre as operações das vias urinarias. Os resultados obtidos pelo processo de *Guyon* são tão lisongeiros, que é hoje acceito por grande numero de cirurgiões.

Agora, passaremos a descrever, o que ha de mais moderno sobre a talha hypogastrica, e assim fazendo, vamos buscar nas palavras do abalisado professor *Albaran*, tudo que se tem dito de mais essencial, confirmado nos brilhantes resultados obtidos nos hospitaes de Paris.

Deixando de parte o estudo da talha transversal, da talha com recessão ossea, e talha com symphyseotomia, continuaremos no estudo da talha superpubiana longitudinal, a mais commumente empregada.

Cuidados pre-operatorios — O doente é deitado em decubito dorsal, inclinando-se a parte superior do corpo até formar um angulo de 45.° com a horisontal, occupando o cirurgião o lado esquerdo, para

que sua mão direita possa manobrar com facilidade na bexiga.

Para incisar facilmente a bexiga, convem distendel-a depois de convenientemente lavada. A lavagem deve ser feita com o auxilio de uma sonda commum, com a solução de protagol a 2 por 1000, ou com a de oxyanurêto de mercurio a 1 por 2000. Não convem empregar soluções muito irritantes como a de nitrato de prata, para não provocar contrações do orgão.

Quando o reservatorio urinario esta aséptico, faz-se a lavagem com agua esterilizada. Dá se por terminada a lavagem quando o liquido é expellido com a mesma cõr que foi injectado. Depois de bem evacuada a bexiga, o que se obtem fazendo pressão sobre o hypogastro, distende-se novamente com ar. Para este fim, adapta-se na extremidade da sonda o aparelho de Ertzbischoff munido de um botão, que permitte fechar, quando se introduz o ar.

Injecta-se pela sonda 3 a 4 seringas de 160 centimetros cubicos de ar esterilizado.

Na maior parte dos doentes, a distenção da bexiga torna-se vesivel, a ponto de formar grande saliencia na região hypogastrica. N'outros, o ar injectado

escapa em grande parte, entre a sonda e a urethra; nestes casos dá-se começo a operação, fazendo-se nova injecção no momento de incisar o reservatorio urinario.

Pode-se ainda utilisar do liquido antiseptico da lavagem para encher a bexiga, deixando na cavidade 200 a 300 centimetros cubicos. Apresenta-se a inconveniencia do liquido que está ahi contido jorrar na occasião da incisão, infectando a ferida, e trazendo portanto serios resultados.

Embora seja este o meio mais empregado entre nós, devemos em todo caso, procurar evital-o, ou empregal-o na falta de outro recurso.

Depois destes preliminares, passemos agora a incisão da parede abdominal. Deve esta ter uma extensão em media, de 6 a 8 centimetros, e mesmo 10, como aconselham alguns cirurgiões. A incisão longitudinal da pelle, é feita na linha mediana, e começa a 1 centimetro acima da borda superior da porção angular do pubis.

Nos individuos adiposos, a incisão deve ser um pouco mais longa e principiar mais abaixo.

Tendo-se cortado a pelle e o tecido cellular, attinge-se a aponevrose sem que possa destinguir-se

muito claramente na maior parte dos casos, a linha branca.

O bisturi corta a aponevrose, e, em seguida, os musculos pyramidaes, para cahir no intersticio dos rectos.

Acha-se este intersticio, as vezes, um pouco para a direita ou para a esquerda, e, uma vez obtido, passa-se entre os dous musculos, tornando-se facil cahir sobre a gordura amarella que se acha por traz dos mesmos. Chegando-se a este ponto, deixa-se de lado o bisturi, e descobre-se a bexiga procurando-se elevar o peritoneo para o lado oppôsto a bexiga.

Na camada gordurosa retro-muscular, o operador afastando os musculos rectos, sente com o index a borda superior da porção angular do pubis. Introduzindo o dedo directamente para cima desta porção esqueletica, vae-se até a face anterior da bexiga, que se descobre recalcando para o umbigo o fundo de sacco peritoneal.

Em presença da bexiga é preciso incisal-a constatando rigorosamente se ella está bem descoberta, e se o peritoneo está convenientemente afastado. Destingue-se o orgão pelas fibras musculares de sua parede e pelas veias vesicaes longitudinaes.

Os operadores de pouca pratica se confundem muito, quando chegam nesse tempo da operação, julgando muitas vezes estarem diante do peritoneo, quando ao contrario teem diante si, a aponevrose umbilico-prevesical que tem ligeiramente uma notavel semelhança. Em caso de duvida basta ferir o o delgado folheto aponevrotico com uma pinça de garra, para ver-se bem patente as fibras musculares da bexiga. Já não havendo duvida de que se está diante da bexiga bem a descoberta, introduz-se ousadamente o bisturi na sua parede. A incisão é feita de baixo para cima, começando na superficie do pubis, para se prolongar para cima em uma extensão necessaria as manobras operatorias. O ar vai se escapando logo pela abertura vesical, porém antes que o orgão se esvasie por completo, leva-se o dêdo no seu interior, com o fim de suspendel-o. Depois, com uma agulha curva de Reverdin, passa-se um fio suspensor atravéz o labio direito da ferida vesical.

Em seguida, um ajudante segura este primeiro fio em alça, e prende suas duas extremidades com uma pinça; o mesmo se fará do lado esquerdo. Estes dous fios suspensores já empregados pelo velho professor *Guyon* tem a propriedade de elevar o reservatorio

exteriorisando-o, podendo-se manobrar com mais facilidade sem se tocar a ferida parietal.

Para que se possa exercer uma certa tracção por intermedio dos fios sem despedaçar a bexiga, é conveniente passal-os afastados dos bordos da ferida, a 12 ou 15 millimetros pouco mais ou menos.

Os fios suspensores uma vez collocados, pode-se augmentar a ferida vesical para cima ou para baixo com as tesouras, e ao mesmo tempo o ajudante deve ligar os vasos que forem sangrando.

Para se retirar os calculos ou outro qualquer corpo estranho, faz-se uso de pinças *tenettes* rectas ou curvas.

A pedra deve ser presa pelo seu menor diametro, e extrahida com doçura; se é muito volumosa, augmenta-se ainda mais a incisão, para não se dar o caso de contundir as bordas da ferida no momento de sua passagem. Terminada então a manobra da extração do calculo, é preciso em seguida fechar completa ou incompletamente a bexiga.

Monod, diz que a sutura completa deve ser sempre tentada, a não ser que se trate de um estado de infecção grave, ou de certas alterações profundas da bexiga, ou da urethra.

Quando se quer fazer a sutura da bexiga, convem deixar correr livremente a urina por meio de uma sonda urethral. Deve-se collocar portanto uma sonda de permanencia.

De ordinario se prefere a sonda de *Pezzer* porque é a que melhores vantagens tem apresentado actualmente no Hospital de Necker.

Tratando-se da sutura vesical, deve um auxiliar distender os fios suspensores separando as bordas da ferida, emquanto que um outro, deve separar com dous pequenos afastadores de Farabeuf, ou mesmo com afastadores communs, os musculos rectos. O cirurgião então, começará de cima para baixo uma sutura entrecrusada com catgut, tendo o maximo cuidado em só atravessar a camada musculosa da bexiga, não attingindo na sutura a mucosa.

Os pontos devem guardar sempre a mesma distancia, e serem afastados 5 a 8 millimetros um do outro.

Chegando-se na outra extremidade da ferida applica-se um nó duplo. Terminado este plano de sutura, é preciso verificar se existe permeabilidade do reservatorio, e para este fim, applica-se pela sonda

uma injecção de 150 centimetros cubicos, occasionando por conseguinte a distenção do mesmo.

Dando-se o caso da sahida do liquido por alguma parte, corrige-se n'este ponto a sutura. Se depois d'isto, ainda continuar a escapar liquido, provavelmente pelo orificio deixado pela agulha, far-se-ha então uma sutura em U. Uma vez obtida a adherencia completa, pratica-se uma nova sutura em cima da primeira que corresponde a um segundo plano; esta sutura imita a de *Lembert*, e não é mais do que alguns pontos com catgut, abraçando a gordura prevesical, e a parede vesical. De ordinario cinco pontos são sufficientes.

Agora procuraremos adaptar a bexiga a parede vesical, evitando desta maneira um espaço morto entre a bexiga e a parede. Colloca-se de cada lado da linha mediana um fio de catgut, que fixa o reservatorio urinario aos musculos rectos. Cada fio passa ao longo da parede vesical, sem attingir a mucosa; as duas pontas do fio atravessam em seguida a parte profunda dos musculos rectos, e são ligados entre si.

Passando a sutura da parede abdominal, nos occuparemos tambem da drenagem prevesical.

O dreno é collocado acima do pubis, indo até a

bexiga, e preso a pelle, por meio da crina de Florença. Pôsto o dreno, fecha-se os dous terços superiores da ferida parietal com dous fios de prata, situados profundamente, atravessando toda a parede, e mais alguns fios complementares para a pelle. Cada fio de prata atravessa a pelle, a aponevrose superficial, os musculos, a gordura prevesical, — depois, do outro lado da ferida, os musculos, a aponevrose e a pelle; desta forma, evita-se a creação de espaço morto na profundidade da ferida.

Em caso de sutura completa, o campo operatorio estando bem limpo, colloca-se um penso aseptico com compressas de gaze esterilizada, e algodão hydrophilo; depois envolve-se com uma atadura de flanella, vindo até o terço inferior das coxas; em seguida verifica-se o funccionamento da sonda, fixando-a ao prepucio, ou aos pêllos da região pubiana.

Agora resta prestar ao paciente, os cuidados post-operatorios. Duas vezes por dia, deve fazer-se as lavagens da bexiga com uma solução de protagol a 1 por 1000. Todas as vezes que se fizer a lavagem da bexiga, é essencial o assêio do meáto, e, ao menos uma vez por dia convem lavar com agua

fervida, o canal da urethra ao redor da sonda de permanencia.

Tratando-se de mulheres, faz-se a asepcia da vulva e da vagina pela manhã e a tarde.

No interesse de calmar as dores no mesmo dia da operação, administra-se a morphina internamente, ou pequenas lavagens com antipyrina e laudano; estes meios poderão ser continuados durante varios dias. O primeiro penso será collocado 48 horas depois da aperação, e os fios metallicos são retirados no oitavo dia. A sonda de permanencia pode ser mudada tantas vezes quantas for preciso, segundo o seu bom funccionamento, e as incrustações que possa apresentar. De ordinario a sonda pode ahi permanecer durante 6 a 7 dias.

Quanto a drenagem hypogastrica da bexiga, prefere-se actualmente o tubo siphão de *Guyon Perrier*, ou um tubo simples, muito commummente usado. Estes tubos são dobrados em angulo recto, de forma que estando o doente no leito, a pequena porção está no reservatorio urinario, e a parte mais longa fica em contacto com o penso acima do pubis, e a parte terminal em deposito apropriado.

Adaptando-se bem o tubo, e tendo-se a certeza

do bom funccionamento pelas experiencias já praticadas, faz-se a sutura da bexiga acima do tubo, por uma serie de pontos separados, que, não devem comprehender a mucosa.

Quando já se tem ligado uns dous fios, começando-se pela parte inferior, justamente junto do tubo, puxa-se estes fios um pouquinho para cima; isto tem por fim collocar-se um novo fio mais inferiormente na superficie do tubo. E' conveniente que este tubo passe justo, no orificio vesical. Pôsto o dreno hypogastrico, é mistér assegurar-se o seu bom funccionamento antes de fechar a ferida parietal.

Utilisando-se do duplo tubo siphão, o liquido que se injecta por um dos tubos deve sahir pelo outro. Empregando-se o dreno hypogastrico, o fechamento da parede se faz da mesma forma que quando se sutura completamente a bexiga; os tubos sahem pela parte inferior da ferida.

O penso deve ser collocado de forma que deixe livre o tubo de caoutchouc; deita-se uma compressa dobrada abaixo do dito tubo, para conserval-o um pouco levantado, e outras compressas na parte superior. Sobre as compressas estende-se algodão hydro-

philo contornando o tubo, e em seguida, a atadura completa o apparelho.

Deve fazer-se duas vezes por dia a lavagem da bexiga com protagol a 1|1000, fazendo-se a injecção pelo tubo que melhor funccionar.

Dous dias depois da operação mudam-se as compressas, e asseia-se a ferida, repetindo-se este processo de dous em dous dias.

O dreno permanece durante um tempo variavel, conforme a molestia que obrigou o paciente a ser operado. Quando se deseja apressar o fechamento da ferida vesical, conserva-se o tubo 6 a 8 dias, collocando-se depois uma sonda de permanencia, salvo em casos dc prostatectomia. Basta que se tire a sonda quando a ferida hypogastrica estiver fechada na parte profunda; decorridos uns 4 ou 5 dias, de certo não passará urina pelo hypogastro, e o paciente entrará no periodo de restabelecimento.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO N. 1

(Operador: Dr. *Alfredo Costa*)

A. S. J., brazileiro, natural do Estado de Alagoas, casado, côr branca, com 21 annos de idade, entrou para a Enfermaria de S. João do Hospital Pedro II, em Pernambuco, a cargo do Dr. Alfredo Costa, no dia 18 de Dezembro de 1909. Procedendo-se ao interrogatorio, declarou que a sua molestia, já datava de muitos annos, e queixava-se de forte dores durante a micção. No intuito de curar-se, o paciente já tinha feito uso de muitas medicações, e a conselho de um amigo, veiu a Pernambuco internando-se n'aquelle Hospital. Submettido ao exame da bexiga, verificou-se com toda precisão, a presença de um calculo na cavidade vesical. No dia 22 do mesmo mez, já estando preparado o doente, me foi entregue a chloroformisação, e o Dr. Alfredo Costa praticou a operação de talha hypogastrica, retirando um calculo do tamanho de uma nóz.

Durante o periodo de cicatrisação, correu tudo bem, e no dia 28 de Janeiro de 1910 obteve alta completamente curado.

OBSERVAÇÃO N. 2

(Operador: Dr. *Costa Ribeiro*)

J. V. M., com doze annos de idade, parahybano, entrou para o Hospital Pedro II, em Pernambuco, e foi para a Enfermaria de Creanças a cargo do Dr. Costa Ribeiro em 2 de Janeiro de 1910. Disse-nos datar de mais de um anno seguramente, os seus horriveis soffrimentos, principalmente na occasião de urinar. As dores eram atrozes durante todo tempo da micção, feita gotta a gotta.

A sua physionomia mostrava-se muito abatida, e via-se que era grande o desejo que a pobre creança tinha de se restabelecer. Submettido a exame, foi feito o catheterismo e verificado a existencia de um calculo vesical. Immediatamente foi resolvido praticar-se a talha hypogastrica. No dia 8 do mesmo mez, depois dos primeiros cuidados que são indispensaveis, procedeu-se a anesthesia pelo chloroformio sem o menor accidente.

O Dr. Costa Ribeiro transpôz muito bem todos os tempos da operação, fazendo a extracção de um pequeno calculo; por fim collocou um dreno hypogastrico e uma sonda de permanencia. Depois da operação, isto é, nos dias que se seguiram, o doente não accusou febre alguma, passando sempre bem disposto. Teve alta vinte e cinco dias depois completamente curado.

OBSERVAÇÃO N. 3

(Operador: Dr. *Pacheco Mendes*)

M. M., côr branca, natural da Hespanha, com 31 annos de idade, empregado no commercio, e residente na Boa

Viagem. No dia 25 de Agosto de 1909, entrou para o Hospital Santa Izabel, sendo recolhido á Enfermaria de S. José a cargo do Dr. Pacheco Mendes.

Feito o diagnostico de calculo vesical, foi praticada a cystotomia supra-pubiana, e o doente teve alta em 20 de Setembro do mesmo anno completamente restabelecido.

OBSERVAÇÃO N. 4

(Operador: Dr. *Pacheco Mendes*)

O. R. S., branco, solteiro, bahiano, com 30 annos de idade residente ao Matatú. Apresentou-se ao Hospital Santa Izabel, indo occupar um dos leitos da Enfermaria de S. José a cargo do Dr. Pacheco Mendes.

Depois de convenientemente examinado, foi feito com a maior precisão o diagnostico de calculo vesical. No dia 12 do mesmo mesmo mez, tendo-se feito a anesthesia pela rachistovainisação (7 contigrs. de stovaina dissolvidos no proprio liquido rachidiano e injectados), o Dr. Pacheco Mendes praticou a operação de talha hypogastrica, de que é fervoroso adepto, sendo que no dia 6 de Março o doente obteve alta radicalmente curado.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—A cartilagem thyroide ossifica-se na velhice constituindo um verdadeiro osso thyroide.

II—Deve-se destinguir os ossos supernumerarios das calcificações organicas.

III—Nas calcificações só ha aspecto o ossiforme. nada lembra o osso por sua textura.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I—São 4 os ossos inter-maxillares: 2 centraes (endognathas 2 excentricos (mesognathas).

II—Geralmente se soldam elles entre si com o maxillar superior (exognathas):

III — A falta de coalescencia d'estes pontos de ossificação constitue a genese das fendas palatinas.

HISTOLOGIA

I — Ha 4 variedades de tecido osseo: compacto, esponjoso, reticulado e eburneo.

II — O compacto é encontrado nas diaphyses dos ossos longos, o esponjoso nas epiphyses dos mesmos, e nos ossos curtos.

III — O reticulado entre a diaphyse e as epiphyses, o eburneo na dentina dos dentes e na apophyse mastoide.

BACTERIOLOGIA

I — O bacillo de Ducrey é o responsavel pelo cancro molle.

II — O cancro hunteriano é occasionado pelo treponema pallidum de Schaudinn.

III — Nem sempre nesta lesão especifica e inicial da *lues* se encontra o treponema isolado. O bacillo de Ducrey entre outros faz com elle associações microbianas.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I — Os phagocytos digerem as cellulas mortas do organismo ou corpos inertes e estranhos.

II — Dos phagocytos uns são macrophagos (grandes mono-nucleares) outros microphagos (polynucleares).

III—Quando o corpo á digerir é de volume maior que os phagocytos, estes se fundem em uma verdadeira plasmodia capaz de englobar o mesmo corpo.

PHYSIOLOGIA

I — A hemacia humana é normalmente anucleada.

II—Por esse facto não é uma cellula, é um cadaver cellular.

III — Muitos auctores encontram um corpusculo em sua espessura, que é tido como um *resto nuclear* ou um *nucleoide*.

THERAPEUTICA

I — O sublimado a quente constitue um precioso elemento contra o bacillo de Ducrey, prestando-se para a cura do cancro molle.

II — O sublimado ainda é empregado na therapeutica da syphilis parecendo tambem agir sobre o germen da terrivel molestia.

III — Presentemente o arsenico parece derrocar a acção especifica do mercurio, nos compostos recentes, conhecidos por *arsacetina*, *hectina* e especialmente o *diamido-arseno-benzol* de *Ehrlich*.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

1—O sangue pode ser diagnosticado pelos crystaes de hemoglobina ou de hemina.

II — A hemoglobina humana se crystalisa difficilmente, razão pela qual se pesquisa o sangue pelos crystaes de hemina ou Teichmann.

III — Alem destes processos ha o de Florença fundado na microspectroscopia, e o de Tehistovitsch da reação precipitante dos sôros.

HYGIENE

I — Embora existam casos de desenvolvimento espontaneo na historia da cholera, a propagação d'este morbus se faz por importação do germen especifico.

II — Impedir a importação do microbio constitue o melhor processo prophylatico.

III—Deve-se tambem afastar todas as condições favoraveis ao desenvolvimento dos mesmos germens.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I — Entre as infecções cirurgicas, destaca-se o tetano como a peior d'ellas.

II — O bacillo de Nicolair é o seu responsavel.

III—O symptoma inicial è o *trismus*, e de ordinario se termina pela morte.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I—A fenda velo-palatina é susceptivel de ser corrigida pela operação.

II—Esta aperação que consiste na approximação das bordas da fenda por sutura é chamada staphylorrhaphia.

III—Para facilitar a technica aconselha-se passar os fios antes do avivamento das mesmas bordas.

CLINICA CIRURGICA (1ª CADEIRA)

I—A blenorrhagia é uma molestia grave por suas complicações.

II—Destas, a mais frequente é a urethrite chronica que por sua vez acarreta outras complicações.

III—As mais frequentes complicações da urethrite chronica são: as balamites, as folliculites, as periurethrites, as couperites, as prostatites, as cystites e infecções ascendentes das vias urinarias.

CLINICA CIRURGICA (2ª CADEIRA)

I—As urethrites chronicas não são entretidas geralmente pelos *gonococus de Naisser.*

II—O germen commummente encontrado é o *micrococus fallax*.

III—As lavagens de carbonato acido de sodio na proporção de 2 a 8 por mil, dão excellentes resultados no tratamento d'esta terrivel affecção.

PATHOLOGIA MEDICA

I — Numerosas affecções compendiadas na pathologia medica fazem hoje parte da pathologia cirurgica.

II—Muitas lesões viceraes estão n'este caso.

III—Quando uma lesão interna resiste por muito tempo a uma medicação, é necessario uma intervenção exploradora.

CLINICA PROPEDEUTICA

I—Os raios de Röntgen ensaiados para o diagnostico de algumas affecções internas, tem hoje se generalisado á exploração de todos os apparelhos splanchnicos.

II—Em cirurgia seus beneficios são preciosos ao ponto de vista do diagnostico de corpos estranhos, de affecções do esqueleto etc.

III—Os mesmos raios tem propriedades therapeuticas incontestis utilisadas modernamente na clinica.

CLINICA MEDICA (1ª CADEIRA)

I—O quinino é até hoje o especifico das febres palustres.

2—A quantidade ingerida deve attingir no sangue uma certa proporção, no interesse de agir sobre os hemosoarios.

III—Os saes quinicos devem ser administrados em dose de 2 a 2,5 grs. no começo do acésso febril, phase que corresponde a multiplicação d'este germens.

CLINICA MEDICA (2ª CADEIRA)

I — As hypertrophias glandulares constituem a complicação mais rebelde do paludismo chronico.

II — O figado e o baço estão n'este caso.

III — A opotherapia splenica alliada a injecção de qq e arrhenal vai dando bons resultados na cachexia palustre e nas splenomegalias.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

—I A hypoderme constitue uma via preciosa para introdução dos medicamentos.

II — Os elementos injectaveis podem ser em estado semi-solido e serem insoluveis, como tambem irem em estado liquido perfeitamente soluveis.

III — Pefere-se injectar substancias liquidas isotonicas, isto é, com a mesma densidade dos liquidos do organismo.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I — Os leucocytos nos invertebrados tem uma funcção secretora e muito importante.

II — Os lencocytos impregnados de substancias noscivas ou inertes se lançam no exterior atravessando as barreiras epytheliaes.

III — Deste modo elles depuram o organismo.

CHIMICA MEDICA

I—A hordenina é um alcaloide novo cuja formula é: $C^{10} H^{15} NO$.

II — E' um corpo perfeitamente definido, possue uma funcção *phenol* e uma funcção *amina.*

III — Pode formar saes, principalmente o sulfato de hordenina empregado nas affecções gastro intestinaes na dose de 2 a 3 grammas por via gastrica.

OBSTETRICIA

I—A *placenta* é o intermediario entre o féto e o organismo materno.

II—Os vasos fetaes não se anastomosam com os vasos maternos na placenta. Ha predominio das leis da osmose e diffusão, o que explica a nutrição fetal.

III—A *placenta* serve de reservatorio de glycogeno para o fecto, em um periodo em que o seu figado não tem ainda funcção.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I—O sangue menstrual não tem sua origem no ovario.

II—O seu apparecimento resulta dos vasos da mucosa uterina no acto do seu renovamento.

III—Este renovamento é mensal desapparecendo quasi sempre durante a gravidêz.

CLINICA PEDIATRICA

I—O rachitismo é molestia muito commum na infancia.

II—Sua presença neste periodo occasiona deformações passageiras e permanentes no esqueleto.

III—Os ossos de crescimento rapido pagam-lhe maior tributo, e neste caso estão os ossos longos das extremidades.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—As otites medias podem-se acompanhar de perturbações oculares.

II—Isto tem logar quando a otite ganhando o vertice do rochêdo attinge o nervo oculo-motor externo paralisando-o.

III— Esta dupla lesão é conhecida por syndroma de Gradenigo.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I—Está provado que o atoxyl determina perturbações ao lado do nervo optico.

II—Seu emprego no tratamento da syphilis hoje muito restricto, merece um exame previo do fundo do olho.

III—O arsenico faz parte dos medicamentos mais modernos indicados no tratamento de todas as manifestações da *lues venerea.*

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I—As lesões infectuosas do exocraneo se podem propagar ao encephalo.

II—São as veias emissarias os agentes d'esta propagação.

III—A infecção secundaria se fará das veias para os seios, dos seios para as meninges, d'estas para a substancia cortical dos hemispherios.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia em 31 de Outubro de 1910.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.

These